



# PROGRAMA DE MEDIACIÓN FAMILIAR

## FORMULARIO DE VERIFICACION DE INGRESOS

- I. **INFORMACIÓN DE FAMILIA:** Por favor haga una lista de todas las personas que viven en la misma casa con usted (ya sean sus familiares o no). También haga favor de escribir el ingreso mensual de todas las personas mayores de 18 años de edad que viven en su casa.

**Nombres      Fecha de Nacimiento      Que relacion tiene con usted      Ingreso Mensual**

Nombres	Fecha de Nacimiento	Que relacion tiene con usted	Ingreso Mensual
_____	_____	Nombre suyo	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### II. INFORMACIÓN FINANCIERA

- A. **Empleo** — si no esta empleado, por favor ponga información de su último empleo.

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Numero Telefónico \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_

Típo de Empleo \_\_\_\_\_

Pago Por Hora \$ \_\_\_\_\_ Numero de horas por semana \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó a trabajar \_\_\_\_\_

- B. **Beneficios del Gobierno** — cuanto recibe de cada uno de los siguientes beneficios

\_\_\_\_\_ AFDC \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Medical Card Para usted \$ \_\_\_\_\_ Para sus hijos \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ SSI \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Asistencia General \$ \_\_\_\_\_

C. **Other Income** — (✓) Marque todos los que apliquen

\_\_\_\_\_ Social Security \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Pensión de Veterano \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Pensión de Jubilación \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Ingreso de rentas \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Compensación de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Beneficios de deshabilitades \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Alimony/Child Support \$ \_\_\_\_\_  
 (Sosten económico para usted  
 y para sus hijos)  
 \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \$ \_\_\_\_\_

III. **VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

*éste formulario se debe de completar y firmar antes de la sesion inicial de mediación si usted desea que consideremos reducirle los honorarios. Es necesario completar todo el formulario o no lo aceptaremos.*

*Yo verifico bajo penalidades de perjurio que los numeros que he llenado en éste formulario son verídicos y correctos y que si estos numeros cambian durante éste proceso, notificaré al programa de mediación familiar inmediatamente.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

For Office Use Only — Do not fill in blanks

				Family Size
\$ _____	+	\$ _____	=	_____ \$
Gross Monthly Income		Benefits/Other Income		Total
				_____ \$
				Fee